

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495168

Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000088172-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495168

Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 107.652.494-05 Nome completo da vítima: Monik Miguel Inácio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Monik Miguel Inácio da Silva CPF: 107.652.494-05
Profissão: autônoma Endereço: Rua Dup. Frei Torquato Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Três Rios Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-620
E-mail: monik.miguel@netmail.com Tel. (DDD): (83) 99181-6739

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 0088172 (2)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
Local e Data: João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2019
Nome: Monik Miguel Inácio da Silva
CPF: 107.652.494-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Monik Miguel Inácio da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
CPF: _____
2ª Nome: PROTECLO
CPF: AB. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08278.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08278.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:09 horas do dia 24 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Monik Miguel Inácio da Silva**, CPF nº 107.652.494-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Do Lar, filho(a) de Mônica Miguel da Silva e José Inácio da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/02/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Tavares, Nº 72, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Padre Migelino, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99181-6739.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Próximo Ao Cemitério, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/03/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

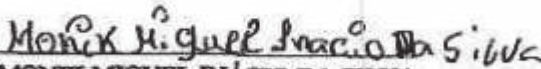
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 27/03/2018, POR VOLTA DAS 14:00 HORAS, ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CRUZ DAS ARMAS, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DE CRUZ DAS ARMAS, QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA NO LOCAL, SENDO SOCORRIDA POR VEÍCULO PARTICULAR, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADA, TENDO ALTA MÉDICA NO DIA 05/05/2018.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de julho de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


MONIK MIGUEL INÁCIO DA SILVA
Noticiante

 **Feliciano da Silva**
Serviço Notarial e Registral
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade,
São-PB 21/08/2019 15:12:57
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
(2019-004609) ENDLRS 2, Nº 1489/2019, 25 FEB 2019 0.30
E-LETRONIC: ATY62956-0304
Confira a autenticidade em <https://selidnotarial.tiob.tvs.br>

CARTÓRIO-ÚNICO
Sociedade Ltda M. Feliciano da Silva
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Nélio Ribeiro Coutinho, 1749
Fone: (83) 3283-7341/9313-3163
CEP 58340-000 - São-PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 Ago. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 08278.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 107.652.494-05 Nome completo da vítima: Monik Miguel Inácio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Monik Miguel Inácio da Silva CPF: 107.652.494-05
Profissão: autônoma Endereço: Rua Dup. Frei Torquato Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Três Rios Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-620
E-mail: monik.miguel@netmail.com Tel. (DDD): (83) 99181-6739

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 0088172 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
Local e Data: João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2019
Nome: Monik Miguel Inácio da Silva
CPF: 107.652.494-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Monik Miguel Inácio da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
CPF: _____
2ª Nome: PRÓTECLO
CPF: _____
Assinatura: JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Identificação do paciente

ID 1274641	Nome MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	Sexo Feminino
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 26 anos 1 mes	Estado civil Religião Prontidão
Mãe ISONICA MIGUEL DA SILVA	Pai JOSE INACIO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CRESLAINE MIGUEL DA SILVA - IRMÃO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987523752	DDD Fixo 83 Fone Fixo 32217174
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3751189	Nº Cms 207217405040006
Local de residência JOÃO PESSOA	Tipo BARRIO	UF PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBOR

Endereço

CEP 58013432	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro COREMAS
Número 510	Complemento	Beiro CENTRO	

Admissão

Data 27/03/2018	Número da pulseira 1000006491146	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATENDIMENTO	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tema Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X ☐	Sangue ☐	Urina ☐	TC ☐	Liquor ☐	ECG ☐	Ultrassom ☐	COMPREV
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------------	---------

Dados clínicos

22 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico	CD
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	Tempo 52seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 29/03/2018 07:40:20

Paciente MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1071987	Data/Hora Entrada 27/03/2018 14:31:16	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 207217406040006
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 107899
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 29/03/2018 07:40:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE UMEROS DISTAL

EVOLUI ESTAVEL

PRE OP OK

AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

OPME : PARAFUSO CANULADO 3,5 ; 4,0 ; CAIXA 3,5 + PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0003

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE MÃO E MICROCIRURGIA
CRM-PB 7142

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088172-2

Nr. da Autenticação A69A4E52361FED9C





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Policarpo Lima, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

FOLHA CONTATO COM A INFORME ESTIMADO	
MATRÍCULA	375489
REFERÊNCIA	JUL/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FRANCISO A DE LIMA
RUA DEP JOSE TAVARES, 72 - CRISTO REDENTOR JOAO
PESSOA PB 58070- 620

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Sanitário	Cocina	Banheiro	Bêbado	
001.020.180.0360.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Es
			LIGADO	POTENCIA

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA

10 | 05/08/2019

HIST. CONS./AND. LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M:

JUN/2019	10	PARAMETROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORI
MAI/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0
ABR/2019	10	CLORO	0	0	0
MAR/2019	10	COL. TERMOT	0	0	0
FEV/2019	10	COR	0	0	0
JAN/2019	10	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)		DADOS REFERENTES A: MAI/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 08/07/2019

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

HORA DA IMPRESSÃO: 09:41

CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 M3	37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 21/07/2019	Total a Pagar: R\$ 37,
------------------------	------------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

COMPREV

COMPREV RECURSOS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 JUL 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 28/03/2018 08:15:11

Paciente MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1071987	Data/Hora Entrada 27/03/2018 14:31:16	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 207217406040006	Prontuário 107899
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 28/03/2018 08:15:05)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE UMERUO DISTAL

EVOLUI ESTAVEL

SOLICITO IMAGENS COM RECONSTRUÇÃO 3D PARA MELHOR PROGRAMAÇÃO CIRURGICA E ESCOLHA DE MATERIAL A SER USADO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0003

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296


Tibirica Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
28 MAR 2018
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
22 ABR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Q

Nome: Monik Miguel Imacio da Silva BE/Prontuário: 1071907Idade: _____ Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / _____Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____Cirurgia: Tratamento cirurgico de fx de umero distal DCirurgião: Dr. Alexandre 1º Assistente: Dr. Pacelli2º Assistente: MR1 Daniel 3º Assistente: _____Instrumentador: Joelma Anestesista: _____Tipo de Anestesia: Do Soporio Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fx de umero distal D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tratamento cirurgico de fx de umero distal D</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Conserva Arruda

MÉDICO
CRM 11134João Pessoa, 02/05/13

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob anestesia em DVH
Antissepsia e Assepsia
Aposição de campos cirúrgicos
via posterior

Incisão:

Divulção por planos
Linha dos com o dermatostio
Linha do com nervo ulnar + isolamento
Redução livre da fratura

Achados:

osteotomia do olecrano tipo chevron
Passagem dos fios K para fixação temporária
Colocação de placas bloqueadas lateral e medial
de cotovelo + parafusos

Conduta:

Retirada dos fios K
Limpeza com SF 0,9%
Redução aberta + fixação com band de
tensão do olecrano
Fechamento por planos anatômicos
curativos estéticos

Rx de controle.

Fechamento:

Observação:

Daniel Conserva Arruda
Médico
CRM 11434

João Pessoa, 02/05/18

Médico/CRM:

B: 107198

NOME DO PACIENTE Monik Miguel Inácio da Silva							
IDADE 26	SEXO SE	PRONTUÁRIO	ESTERILIZAÇÃO	LEITO			
CIRURGIÃO Dr. Alexandre + Dr. Pacelli							
ANESTESIA Bloqueio de plexo							
ANESTESISTA Dr. Secundo							
INSTRUMENTADOR Joelma (Empresa TM)							
DATA 02/05/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 08:45 CIRURGIA INÍCIO PM							
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº22			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
CETANINA			KIT SIST DREN TORÁXICA Nº			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº 20	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº 3.0	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	☒	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		PVP DEGRADANTE	☒	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº 20	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	☒	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
GELIRANO		PVP TÓPICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	☒	FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA ESTÉRIL Nº7.2	☒	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		LUVA ESTÉRIL Nº7.5	☒	FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 35X07	☒	LUVA ESTÉRIL Nº8.0	☒	FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X05	☒	LUVA ESTÉRIL Nº8.5	☒	FITA CARDÍACA	
MORFINA		AGULHA 40X12	☒	MÁSCARA CIRÚRGICA	☒	MATERIAL ESPECIAL	
NIBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MULTIVIAS		QTD.	
FANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		PERFURADOR DE SORO		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		SCALP Nº19		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº31		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº 20	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 10ML		FIO DE KIRSCHNER Nº 18	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTÓPICO		SERINGA 20ML	☒	FIO STEINMAN Nº	
SUAMETONIO		ATADURA DE CREPOM	☒	SERINGA 30ML	☒	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 50ML	☒	GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA RI COLOSTOMIA			HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA			CÂNULA RI TRAQUEOSTOMIA Nº			KIT. DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO		☒	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA			CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº			KIT. PAM	
BENTRA			CATETER EPIDURAL Nº16			FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº17			EMPRESA	
METASONA			CATETER EPIDURAL Nº18			Fio de Sierckm N: 1.8.01	
NA SÓDICA			CERA PARA OSSO			PARAFUSOS CORTICAIS	
RINA			COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS CORTICAIS	
FLORESEIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		☒	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 35%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		☒	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE		☒	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO		☒	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA			ELETRODOS		☒	PLACA	
ONDASETRONA			EQUIPO MACROGOTAS		☒	PLACA	
PLASTIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA			ESPONJA DE PVP		☒	() ASPIRADOR	
TENDONICAN			ESPARADRAFO		☒	() BISTURI ELÉTRICO	
clonidina			GAZES		☒	() CAPNOGRÁFO	
			GAZES ALGODADAS		☒	() CARDIOMONITOR	
			GEL ELETROLÍTICO		☒	() DESFIBRILADOR	
			JELCO Nº14		☒	() FOCO AUXILIAR	
			JELCO Nº16		☒	() FOCO CENTRAL	
			cx. 3.5 T.M.C		☒	() MICROSCÓPIO	
			T.M.C		☒	() OXÍMETRO DE PULSO	
			placa Unico 04x03 F.		☒	() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
			placa Unico 03x03 F.		☒	() PERFURADOR ELÉTRICO	
			cx. 3.5		☒	() SERRA	
			paraf. corticel n: 28.01, 24.01, 28.01		☒	() CIRCULANTE	
			paraf. Bloqueado 3.5 n: 18 03		☒		
			paraf. 3.5 n: 20 03		☒		
			paraf. Rosca Total 2.5 Bloqueio n: 20 02		☒		
			paraf. 2.5 + total bloqueio n: 30 01		☒		
			paraf. corticel n: 18, 01		☒		

A seguir como guia

Ana Lúcia da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PB 859341

FIM

PatientID: 000000059252

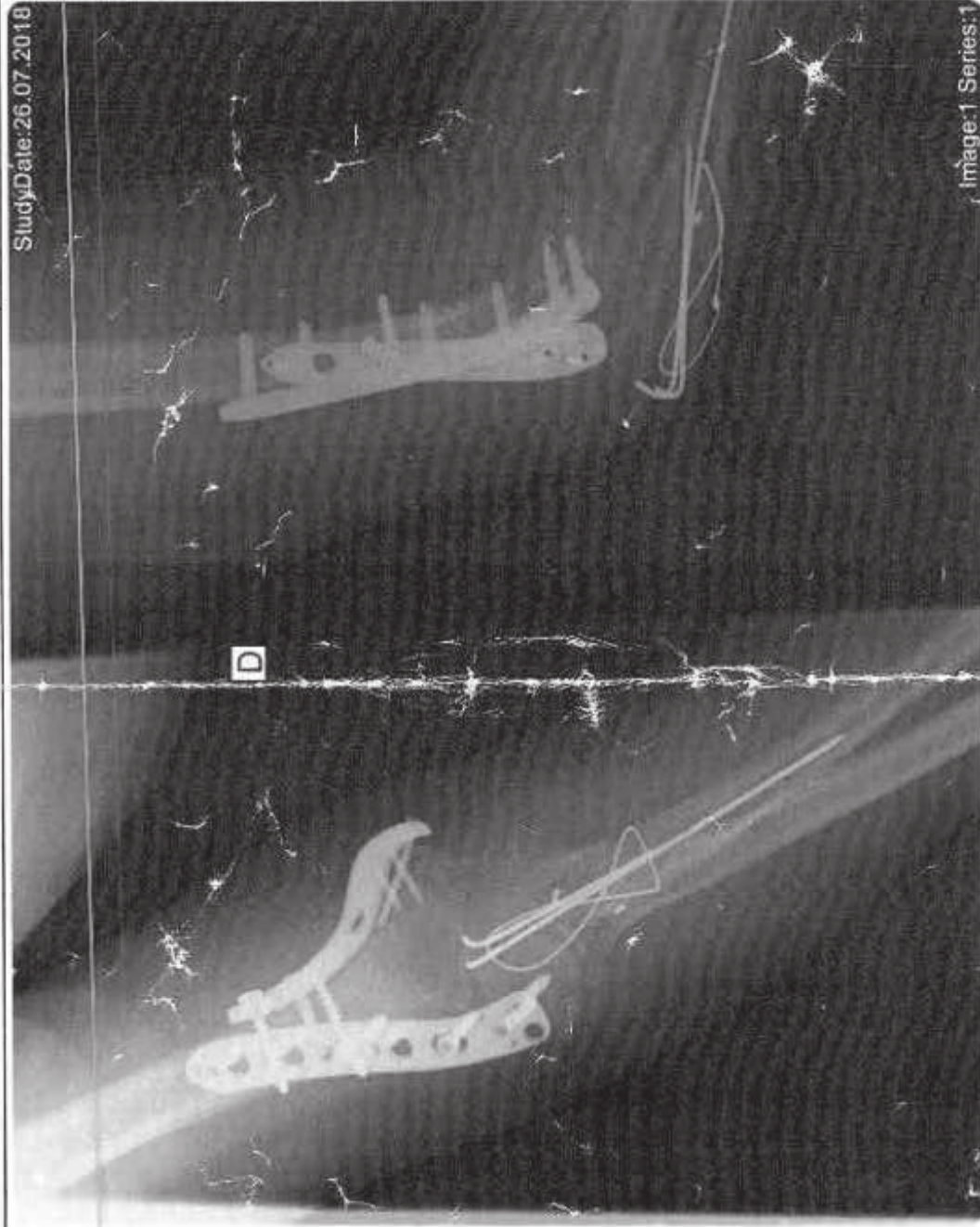
Name: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Sex: Feminino

BirthDate: 27.02.1992

Age: 26a.

StudyDate: 26.07.2018



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1160251



Identificação do paciente				
ID 1274641	Nome MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 27 anos 2 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 107899
Mãe MONICA MIGUEL DA SILVA			Pai JOSE INACIO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987523752	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32217174	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3761189	Nº Cns 207217406040006		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58013432	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COREMAS	
Número 510	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 03/05/2019 16:00:50	Número da pulseira 10007376398	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 01min 22seg

Imprimir

23/05/2019

172.16.0.8:8080/cvb/pages/pres...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA		SAE 1160251	Data/Hora Entrada 03/05/2019 16:00:50	Data Baixa
Data de nascimento 27/02/1992	Idade 27a 2m 6d	Sexo Feminino	CNS 207217406840006	Telefone de Contato (83) 967523752 / (83) 32217174
Mãe MONICA MIGUEL DA SILVA				Prontuário 107899
Endereço COREMAS, 519		Bairro CENTRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO		Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 03/05/2019 16:39:08		Data/Hora Prescrição 03/05/2019 17:50:42		

Anamnese

#ORTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADA POR DR ALEXANDRE NISHIMI PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE
DO COTOVELO DIREITO

LEGA DOR

NEGA SECREÇÃO INFECCIOSA FEBRE E LIMITAÇÃO DE ADM
NEUROVASCULAR PRESERVADOEXF/FO: AUSENCIA DE SINAIS INFECCIOSOS
FERIMENTO LIMPO COM BOM ASPECTO CICATRICAL

RX SOLICITANDO

CDT: INTERNAÇÃO

STAFF: DR GLAUBER

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H, SE NECESSÁRIO SN (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 5000,0)
(OBSERVAÇÕES: SN)ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 4,0 MG VIA ORAL, 8/8H, SE NECESSÁRIO SN (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)
(OBSERVAÇÕES: SN)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

UREIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

CID10

Código

Descrição

Internar Paciente

MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

JOSÉ ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Monika Miguel I. Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/05/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Refinada de Material de Tímex de Cotovelo
 Cirurgião: Dr. Alexandre Nishimi 1º Assistente: Dr. T. Nishimi
 2º Assistente: Dr. O. N. M. R. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Cláudio
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Ombro</u> (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Refinada de Material de Tímex de Cotovelo</u> (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

RM: _____

Dr. Vitor L. L. L. L.
 CRM: 10894-PR

João Pessoa, 05/05/19

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① DDM do Anestesia
- ② Anestesia, Antissepsia, CCE

Incisão:

- ③ VA posterior do Colarado D
- ④ Direção por Plano
- ⑤ Alveolar

Achados:

Exposição do Material do Sinter

Conduta:

Retirado do Material do
Sinter
do Colarado Pinet,
2 Fios K
1 enclagem

Fechamento:

- ⑥ Sutura por Plano
- ⑦ Sutura Estética

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8.44-RN
CMA 10894-98

João Pessoa, 23.05.17

F(NG)ASCIR.009-1

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/05/19

PRONTUÁRIO: 1160251

PACIENTE: MARCUS MOURA INACIO DA SILVA SEXO: M COR: P IDADE: 27

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 65 ALTURA: 1,70 SANGÜÍNEO: N

ESTADO GERAL: BOM REGULAR: N MAL: N PÉSSIMO: N RISCO CIRÚRGICO: BOM REGULAR: N MAL: N PÉSSIMO: N

EXAMES COMPLEMENTARES: N

AP. RESPIRATÓRIO: Normal AP. CIRCULATÓRIO: Normal

AP. DIGESTIVO: Normal ESTADO MENTAL: Normal DROGAS EM USO: N

PRÉ-ANESTÉSICO: N ESTADO FÍSICO: II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: N

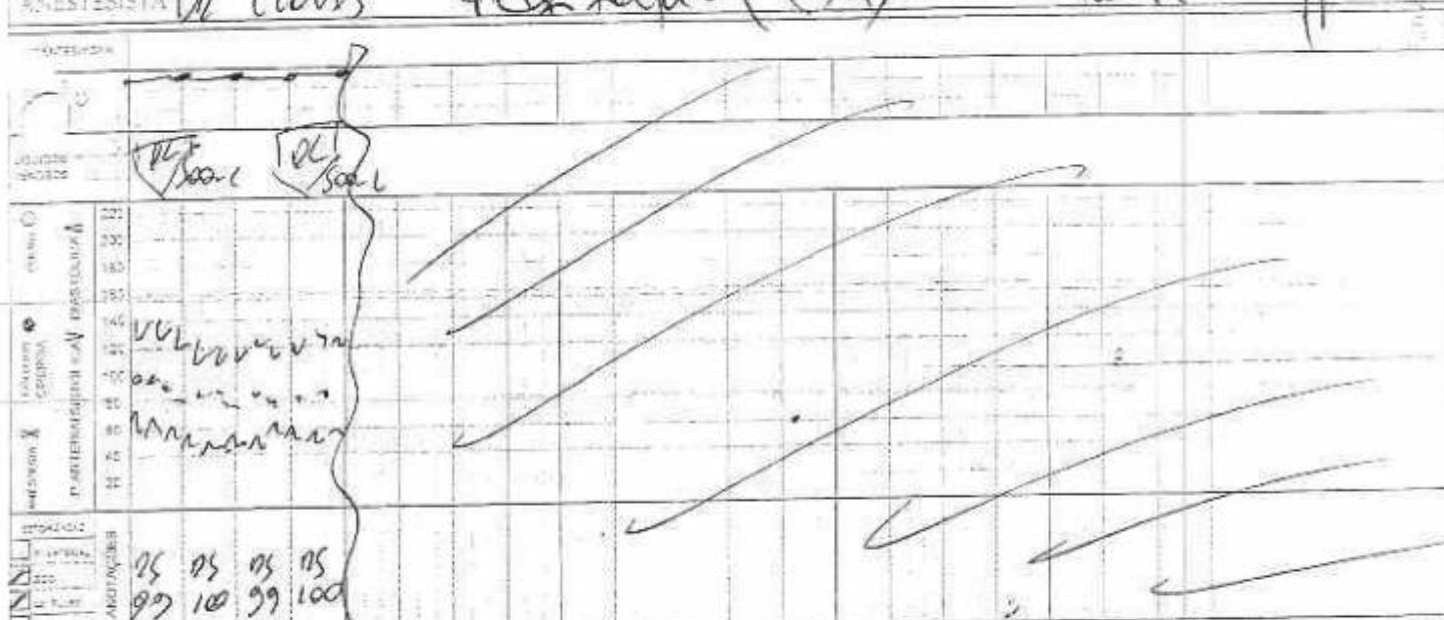
CIRURGIA REALIZADA: Proctologia - Hemorroidectomia

CIRURGEÃO: Dr. Alexandre Costa AUXILIARES: Thaís

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 09:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:00

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: N QUANT. DE CH: N VALORES RS: N

ANESTESISTA: Dr. Clóvis Dr. Rafael (R1) CRM-PB: 10297



ANESTESIA GERAL: ☐ RACIOLINA: ☐ EPOURAL: ☐ BLOC PLEO: ☒ BLOC NERVO: ☐ OUTROS: Sedação

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
QUANTIDADE	USADO	USADO	USADO
1	MELO 200mg 5-j	11	Propofol 100-j
2	FRANSAL 30-j	12	
3	ROXAPRON 10-j	13	
4	COFEDRINA 7-j	14	
5	PROBENEFOR 8-j	15	
6	DEPRON 7-j	16	
7	COFEDRINA 100-j	17	
8	NOVOPROBENEFOR 100-j	18	
9	LEVOLINA 400-j	19	
10	NOVOPROBENEFOR 20-j	20	

REMARKS IMPORTANTES: Paciente monitorizada, hemodinâmica (em sedação) 20 L - MSE, Bloqueio do bloco braquial interscaleno SEM USO DO ultrassom. Paciente em posição de decúbito lateral no serviço. Complemento de sedação analgésica verbal.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Rafael (R1)
Dr. Clóvis
 CRM-PB: 10297

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.761.189 - 2ª VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 24/02/2016

NOME
MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSE INACIO DA SILVA
MÔNICA MIGUEL DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 27/02/1992

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº54.420 - LIV. A-49 - FLS.274V - CARTORIO 4º JOÃO
PESSOA PB

CPF
107.652.494-05

Monik Miguel Inacio da Silva
Assinatura do Titular

0-

DATA DE EMISSÃO 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236

Monik Miguel Inacio da Silva
Assinatura do Titular

CARTeira DE IDENTIDADE




COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 AGU. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190495168 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 27/03/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.6,8,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IL

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Monik Miguel Inácio da Silva
DATA DO ACIDENTE 27/03/2018 CPF DA VÍTIMA 107.652.394-05
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PAI VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Monik Miguel Inácio da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Pip-pi Tororo
Nº 72 COMPLEMENTO BAIRRO Brás Pimenta
CIDADE Itaboraí UF PR CEP 58070-620
E-MAIL (83) 99181-6739

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15 de agosto 2019 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADO
IDENTIDADE 3761.189 2ª via DATA
ASSINATURA Monik Miguel Inácio da Silva ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290519/19

Vítima: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

CPF: 107.652.494-05

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 27/03/2018

Titular do CPF: MONIK MIGUEL INACIO
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA : 107.652.494-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA
CPF: 107.652.494-05

MONIK MIGUEL INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA